

表1. 高齢がん患者の意思決定支援上の困難

高齢者特有の各機能低下	病状がなかなか理解できないことがある
	理解力の低下のため、柔らかい表現で説明するとなかなか病状の理解が得られない
	遠方からの通院は、車の運転ができなくなると通院も死活問題
	移動、トイレ、食事が困難になる。
	生活ができないと治療は成り立たない
高齢だから無理な治療はしたくない	高齢だから体力的に副作用などが心配で治療に踏み出せない
	治療を受けた先に生きていく希望がない
	今までの人生で多くの苦勞をしてきたので、これ以上辛い治療や通院や入院は嫌
	人生やり切ったので今さら治療はしなくてよい
	日常生活ができないと治療は成り立たない
家族に迷惑をかけたくないから治療の選択はしない	通院自体が家族に迷惑をかけるので治療はしなくてよいかと思う
高齢者だと意思決定時に家族の意見が優先される場合が多い	高齢だと IC に本人が入らず、家族を介して病状を知る場合がある。家族が治療の意思決定をすることになる
	選択肢が十分に医師から説明されていない
	本人の意向を確認するが、療養となると「家族」を優先しなければならない現状がある(要介護)
	家族の希望で本人にがんの告知をしていないこと
	病状を本人にきちんと説明されていないため、ホスピスに申し込むことができない
本人と家族に意見の相違がある	本人は治療したいが家族は BSC を希望している
	本人は治療したくないが、家族が治療を望んでいる。
独居高齢者や家族が遠方でサポートが受けにくい	家族が遠方だったり、独居高齢者の対応(特に薬の管理や日常生活の支援)
	周りのサポートに限界があり、経済的にも厳しい場合、本人の意向に沿った療養生活が難しく、誰に決めてもらったらよいのか迷う時がある
	入院時の保証人がいない。入院に必要な物品も運ぶ人がいない
	独居高齢者が多く家族のサポートが得られない
	独居でヘルパーや訪問看護を計画しても「今まで大丈夫だったから」と受け入れられない
	独居の場合、全部一人でやってきたという気持ちが強い。自覚症状がない場合は特に、急変の可能性があり、経過観察が必要でも一人暮らしを継続する場合
	独居の生活上の問題(片づけられない等)

	相談できる人がいない
医師には遠慮して意見が言えない	先生(医師)にお任せします(複数)。
	先生(医師)が治療を勧めたからやっていると自分に言い聞かせて治療を受ける。
	先生(医師)をととても信頼している。先生の言うとおりにしていれば間違いはない
	先生(医師)との関係を壊したくない。裏切ったら怒らせてしまう
高齢者を取り巻く制度の限界	制度で賄えるのはほんの一部。制度で賄えない部分を誰がどうやってサポートしていくか
	身寄りがなく、本人も意思決定できない人を今後どこでどうするか。生保の担当の人も決定できない。医療行為ある無しでその後の対応が決まってくる
情報の入手が限られている	身内にがんでつらい思いをしている人がいる(死んだ)などの過去の経験の影響で治療や薬を選ばない
地域の専門家の支援と連携強化の必要性	自宅に帰る可能性があっても、ケアマネージャーが支えきれないと施設入所になることがある。
	地域ケアを支えるケアマネージャーにオピオイドやがん治療の正しい情報を持ってほしい

表2. 高齢がん患者の認知機能把握のための方法

病状や治療の内容が医師の説明とあっているか(複数)
薬の管理ができているか(複数)
約30分の面談で前半、中盤、後半とつながらない場合
話のつじつまが合うかどうか(1回ではわからない)
服装などの身なりの状況を観察する
医療関係者の名前を憶えているか
過去の時系列がずれているかどうか
物忘れの程度。
夜間の睡眠状態

表3. 高齢がん患者の意思決定支援のため心がけていること

普段の生活状況の把握(複数)
生活歴(史)を聞くことで退院後に必要なサービスの予測が可能となる
患者と家族の関係性(パワーバランス)を知る
今までにどのような生活や仕事をしてきた人なのか(複数)
家族から、本人が大事にしていること希望や、生き方を確認する
その人にとってのキーワードを見つける

趣味や日課を知る
家族から、家族目線の生活歴も確認する
食事摂取状況は体力にも直結するので大事
対話の中で認知面に特に注意をしている
食事摂取状況は体力にも直結するので大事
入浴などの清潔面は(戦争体験者が多く)我慢するケースが多いため声をかける
核家族、独居の患者の地域との(個人情報)情報共有の課題。何をどこまで伝えるか判断しながら実施している
その人にとってのキーワードをみつける
人生良かったと思える関りが重要

表4. 前期高齢者と後期高齢者の違いや特徴

80歳、90歳以上だと薬でせん妄になりやすくなるなど注意が必要
後期高齢者だと動けなくなっている場合が多いので、後期高齢者の方が、家族が主体になって決めるなどが多い
後期高齢者の方が夫婦や子など介護者(自身も病気持ち等)の負担を考える
後期高齢者の方が先生(医師)に方針を任せる人が多い
後期高齢者だと医療費制度があるので経済的負担は一定額でとどまる。前期高齢者はそれがないために経済的な不安から意思決定する人もいる(本当は帰りたいけどお金がかかるから等の思い)
前期高齢者は自身で相談に来ることが多いが、後期高齢者の相談は家族が多い(MSW)
前期高齢者は自分自身で治療を決めることが多い
前期高齢者は社会的な役割がある人が多く、後期高齢者は役割が変化し、自分のことは後回しという方が多い
前期高齢者は本人の意向に回りがベクトルを合わせやすいが、後期高齢者はそれぞれ取り巻く人のベクトルが様々、できるだけ本人の意向に合わせる努力が必要
後期高齢者の場合、周囲の家族の覚悟や意思次第で自宅に帰れたりする
違いは無い

表5. その他インタビュー内容からの共通点

世代的に戦争体験や食糧難、人が亡くなるが多かった時代を生き抜いた人たちが今の後期高齢者。その価値観を知る必要性
世代的に周りに気を遣う、自分の思いを抑えるという特徴がある
本心を言うことにためらいがある(わがままは言えない、贅沢は言えない)
今までも人生を選んでここまで来たという経験者
家族と前もって、がん(病気)になったらこうしようと決めておく必要性
放射線療法とがん薬物療法が多くなるので、「効いている」と前向きな人が多いと感じる
高齢者でもがんの情報がもっと得られる社会にする
治療の副作用など強くなった時に、医療経済の面を考える

